自立支援医療（精神）
自己負担上限額管理票

※大切に保管して、医療機関や薬局に通われる
　時は、必ずご持参ください。

大阪市

氏名（しめい）

受給者番号（じゅきゅうしゃばんごう）

医療機関名（いりょうきかんめい）	

＊この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関の窓口に提出し、月額自己負担上限額を管理してください。

＊この管理票は、あなたの医療費自己負担額を記録し証明するものですから、紛失等にはご注意ください。

受診者連絡先（※必要な方はご記入ください）

住　　所

電話番号　（　　）　　－

1　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

2　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

3　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

4　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

5　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			

6　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			
月　日			